

訪問看護師養成講習会 受講申込書

令和8年 月 日 現在

ふりがな 氏名		生年月日	西暦 年 月 日生 ()歳
自宅 住所	〒	免許種別(該当する資格全てに☑をつける) <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 秋田県看護協会会員・非会員別(該当に☑をつける) <input type="checkbox"/> 会員(番号) <input type="checkbox"/> 非会員	
	電話番号(本人の携帯電話番号) { }		
E-mail	本人のアドレスをローマ字(ブロック体)で分かりやすく記入してください。 *数字のゼロ「0」・イチ「1」と、アルファベットの「o」・「l」等、区別できるようにフリガナでの表記をしてください メールアドレスには、受講に関するお知らせや緊急連絡等がある場合に通知を行いますので、kyouiku@akita-kango.jp からメール受信できるように受信設定をしてください		
勤務先	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		勤務先(施設名)
勤務先 住所	〒	電話番号: FAX 番号:	
実務経験年数(免許取得後の通算年数を記入) 実務経験年数 : 通算 年 月 日 直近の離職期間(現在未就業の方のみ記入) 年 月			
訪問看護従事年数(該当番号に☑をつける) <input type="checkbox"/> 1 経験あり(年 月) <input type="checkbox"/> 2 経験なし			
介護支援専門員資格(該当番号に☑をつける) <input type="checkbox"/> 1 資格あり <input type="checkbox"/> 2 資格なし			
受講動機			
看護職賠償責任保険制度(該当番号に☑をつけ、必要事項を記入する) <input type="checkbox"/> 1 加入している:名称(), 補償期限() <input type="checkbox"/> 2 加入していない:本講習会で加入(同意する・同意しない)			
日本訪問看護財団「訪問看護 e ラーニング～訪問看護の基礎講座～」事前準備(該当番号に☑をつける) <input type="checkbox"/> 1 日本訪問看護財団に「訪問看護 e ラーニング～訪問看護の基礎講座～」の申込みを完了しました。 <input type="checkbox"/> 2 日本訪問看護財団に「訪問看護 e ラーニング～訪問看護の基礎講座～」を開講前までに申込みを完了します。			
実習希望地域がある場合は、記入してください。			

*本人から提出された個人情報は、当協会の個人情報保護方針に基づき取り扱い、本研修の目的以外には使用いたしません。